

ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO



DADOS DA CONTRATANTE

Contratante	Contrato
-------------	----------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo				Data de Nascimento	
				/ /	
CPF	RG	Estado Civil	Sexo		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data de Inclusão	Data de Admissão	Matrícula	PIS/PASEP	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	
/ /	/ /				
Endereço Residencial					
Bairro	CEP	Cidade	Estado		
Nome da Mãe				Portabilidade de Carências	
				<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> NÃO	
Telefone	Celular	SMS	E-mail		
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

Plano contratado (observar o nome comercial e o número de registro do produto perante a ANS conforme no contrato)

ESSENCIAL ESSENCIAL PLUS ESSENCIAL PLUS DOC PLENO PLENO ORTODONTIA PLENO TOP

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

02 ESPOSA(O) | 03 FILHO(A) | 04 AGREGADO | 05 MÃE | 06 COMPANHEIRO(A) | 07 GENRO / NORA | 08 AVÔ / AVÓ | 09 NETO(A) | 10 SOGRO(A) | 11 SOBRINHO(A) | 13 PAI | 14 ENTEADO(A) | 15 EX-CÔNJUGE | 16 TUTELADO | 17 FILHO(A) UNIVERSITÁRIO(A) | 18 IRMÃO(A) | 19 FILHO(A) INVÁLIDO(A) | 20 CURATELA

Nome do Dependente		CPF
1	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
		Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)
		Parentesco
Nome do Dependente		CPF
2	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
		Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)
		Parentesco
Nome do Dependente		CPF
3	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
		Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)
		Parentesco
Nome do Dependente		CPF
4	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
		Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)
		Parentesco

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a CONTRATANTE, ou a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, quando houver, a proceder a cobrança do(s) valor(es) devido(s) para minha adesão/inclusão e mensalidades, bem como de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima identificados, além de eventuais valores relativos à coparticipação/franquia, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 10.414.182/0001-09, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n.º 41.680-1. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Contrato, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- Os beneficiários Dependentes e os Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo Plano Odontológico por mim optado.
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da CONTRATANTE, de alteração de Plano Odontológico para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.
- O valor da mensalidade individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre a CONTRATANTE e a UNIMED ODONTO.
- Declaro, perante a CONTRATANTE e perante terceiros, que sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.
- Declaro, para todos os fins, estar ciente e concordo com relação às cláusulas e regras relativas aos mecanismos de regulação financeira (coparticipação/franquia) de acordo com o Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre a CONTRATANTE e a UNIMED ODONTO conforme opção de plano.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico estou ciente que devei entrar em contato com a UNIMED ODONTO.
- Declaro que está ciente que em caso de portabilidade de carências a OPERADORA observará o prazo previsto na regulamentação vigente para aceitação e ou recusa da proposta, além dos requisitos, informações e documentos também previstos na regulamentação vigente para fins de aceitação da portabilidade ou cancelamento do plano de origem.
- Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação das partes por escrito e em sentido contrário em até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR